

Bibliografía Comentada y Resumida sobre:

Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American Countries.

Sheila C Ouriques Martins, Claudio Sacks, Werner Hacke, Michael Brainin, Francisco de Assis Figueiredo, Octávio Marques Pontes-Neto, Pablo M Lavados, Maria F Marinho, Arnold Hoppe, Diana Vaca McGhie, Salvador Cruz-Flores, Sebastian F Ameriso, Walter M Camargo Villareal, Juan Carlos Durán, José E Fogolin Passos, Raul Gomes Nogueira, João J Freitas de Carvalho, Gisele Sampaio Silva, Carla H Cabral Moro, Jamary Oliveira-Filho, Rubens Gagliardi, Eduardo D Gomes de Sousa, Felipe Fagundes Soares, Katia de Pinho Campos, Paulo F Piza Teixeira, Ivete Pillo Gonçalves, Irving R Santos Carquin, Mário Muñoz Collazos, Germán E Pérez Romero, Javier I Maldonado Figueredo, Miguel A Barboza, Miguel Á Celis López, Fernando Góngora-Rivera, Carlos Cantú-Brito, Nelson Novarro-Escudero, Miguel Á Velázquez Blanco, Carlos A Arbo Oze de Morvil, Aurora B Olmedo Bareiro, Gloria Meza Rojas, Alan Flores, Jorge Arturo Hanco-Saavedra, Vivian Pérez Jimenez, Carlos Abanto Argomedo, Liliana Rodriguez Kadota, Roberto Crosa, Daissy L Mora Cuervo, Ana C de Souza, Leonardo A Carbonera, Tony F Álvarez Guzmán, Nelson Maldonado, Norberto L Cabral, Craig Anderson, Patrice Lindsay, Anselm Hennis, Valery L Feigin.

The large and increasing burden of stroke in Latin American countries, and the need to meet the UN and WHO requirements for reducing the burden from non-communicable disorders (including stroke), brought together stroke experts and representatives of the Ministries of Health of 13 Latin American countries for the 1st Latin American Stroke Ministerial meeting in Gramado, Brazil, to discuss the problem and identify ways of cooperating to reduce the burden of stroke in the region. Discussions were focused on the regional and country-specific activities associated with stroke prevention and treatment, including public stroke awareness, prevention strategies, delivery and organisation of care, clinical practice gaps, and unmet needs. The meeting culminated with the adoption of the special Gramado Declaration, signed by all Ministerial officials who attended the meeting. With agreed priorities for stroke prevention, treatment, and research, an opportunity now exists to translate this Declaration into an action plan to reduce the burden of stroke.

Para ver el artículo en su versión original [haga click aquí](#).

Prioridades para reducir la carga de ACV en los países latino-americanos.

María Cristina Zurrú. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

La creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles en la región como son: hipertensión, dislipidemia, diabetes, obesidad y tabaquismo está condicionando una mayor prevalencia de enfermedades vasculares en los países de América Latina.

Expertos en accidente cerebrovascular (ACV) y representantes de los Ministerios de Salud de 13 países latinoamericanos realizaron el primer encuentro en Gramado, Brasil, para intercambiar opiniones y establecer una estrategia de cooperación para

reducir la carga de ACV en la región. La reunión culminó con la adopción de la Declaración de Gramado la cual fue apoyada por los funcionarios ministeriales que asistieron a la reunión. La declaración acordó prioridades para la prevención, el tratamiento e investigación en la patología.

COMENTARIO

El ACV es la segunda causa de muerte y discapacidad en los países de América Latina. Similar a otras regiones la incidencia, prevalencia, mortalidad y la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad están disminuyendo de 1990 a 2017. Sin embargo, el número absoluto de personas con ACV ha aumentado significativamente en un 81% de 1990 a 2017, el número de personas que sobrevivieron un 95% y el número de muertos un 40%. Estos datos sugieren que existen problemas sustanciales en el uso de los recursos además de fallas en todos los niveles de atención: prevención primaria, atención en agudo, prevención secundaria y rehabilitación.

Cuando se analiza la situación en los distintos países de América Latina solo 2 Brasil y Chile tienen planes nacionales para el manejo del ACV. El número de centros con disponibilidad de tratamientos de revascularización en fase aguda son escasos y la gran mayoría se encuentran en las grandes ciudades y en el ámbito privado. La planificación es dificultosa dado la falta de datos epidemiológico en varios países y la ausencia de una historia clínica unificada a nivel nacional que permita tener datos poblacionales. Con excepción de Uruguay en la mayoría de los países la atención se realiza en el ámbito público y con escasos recursos económicos. Pero la mayor accesibilidad a los recursos de diagnóstico y tratamiento está en el ámbito privado.

Cuando se analiza la prevalencia de factores riesgo y se compara América Latina con países de altos ingresos, nuestra región tiene peores indicadores y esto muestra fallas en la educación para la salud y el acceso a la atención primaria.

Los expertos acuerdan implementar los objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda de la ONU 2030, que propone la colaboración para reducir la muerte prematura por enfermedades crónicas no transmisibles. Esto incluye el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención de estas enfermedades. El objetivo es reducir en un 25% la muerte prematura por enfermedades crónicas no trasmisibles para el 2025.

El desafío para nuestra región es poder lograr el cumplimiento de la declaración de Gramados, que incluye los siguientes puntos:

1. Proporcionar educación pública sobre los signos y síntomas de un ACV, la importancia de la consulta urgente y el control de los factores de riesgo vascular.
2. Promover ambientes seguros y saludables para la práctica de actividad física.
3. Implementar políticas para controlar el tabaquismo, estimular hábitos alimentarios saludables y actividad física. Reducir la ingesta de sodio y el consumo de alcohol.
4. Establecer estrategias para la detección de factores de riesgo modificables, como la hipertensión, fibrilación auricular, diabetes e hiperlipidemia
5. Promover la atención de la salud para el control de factores de riesgo

- modificables.
6. Organizar la atención pre-hospitalaria para priorizar la atención del ACV.
 7. Priorizar la estructuración e implementación de los centros de las Unidades de ACV.
 8. Proporcionar tratamientos agudos basados en la evidencia.
 9. Establecer un algoritmo para una evaluación mínima del posible mecanismo fisiopatológico del ACV.
 10. Fomentar el uso de la telemedicina en hospitales sin Neurólogo las 24 horas del día.
 11. Aconsejar el tratamiento agudo cuando este indicado.
 12. Aumentar el acceso a la rehabilitación hospitalaria y post-hospitalaria.
 13. Capacitar a todos los profesionales de la salud involucrados en la atención del ACV.
 14. Monitorear la prevalencia nacional de los principales factores de riesgo e indicadores de calidad del cuidado del ACV.
 15. Implementar guías y políticas nacionales.
 16. Priorizar la estructuración e implementación de Redes Integradas.
 17. Asignar recursos humanos y financieros para el desarrollo de una línea de atención del ACV.
 18. Intercambiar experiencia en la región.
 19. Implementar investigaciones en la patología teniendo en cuenta la situación de cada país y regional.

Esto constituyó un gran paso, pero - sin lugar a dudas - el desafío será poder implementarlo como ocurre en países de medianos y altos ingresos.